



Número: **0801718-18.2020.8.15.0741**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Boqueirão**

Última distribuição : **21/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONEN SANTOS DO O (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47980642	01/09/2021 12:11	Petição	Petição
47980647	01/09/2021 12:11	2761046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
47980648	01/09/2021 12:11	2761046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

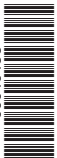
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15533911

Pag. 00969/00970 - carta_01 - INVALIDEZ

00040485





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200077967 Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00045/00046 - carta_03 - INVALIDEZ

00100023



Carta nº 15533946





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **RONEN SANTOS DO O**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **237**

Agência: **000001898-8**

Conta: **000000018385-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

707.210.224-80

4 - Nome completo da vítima:

Rômulo Santos do G

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Rômulo Santos do G

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Brejinho

6 - CPF:

707.210.224-80

11 - Bairro:

Casa rural

12 - Cidade:

Bom de São Miguel

9 - Número:

SINº

10 - Complemento:

15 - E-mail:

romulo.santosdo@gmail.com

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58488-000

16 - Tel. (DDD):

(33) 9 9231-8621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - DADOS BANCÁRIOS: (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)



Bradesco (237)



Itaú (341)



Banco do Brasil (001)



Caixa Econômica Federal (104)

23 - DADOS BANCÁRIOS: (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1838

CONTA:

0018365

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por terceiro.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (se houver)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande, PB, 16/09/2020.

X Rômulo Santos do G

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontrei a ocorrência de número: **0000005/2020** registrada em 13/02/2020 as 10:50, e passo a transcrever na íntegra: aos 13 dias do mês de FEVEREIRO do ano de 2020, nesta cidade de Barra de São Miguel, Estado da Paraíba no cartório de registro de ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL, quando se encontrava presente o Bel. JOAO JOALDO FERREIRA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado COMPARECEU o senhor (a) **RÔNEN SANTOS DO Ó, RG 3.835.548, CPF 707.210.224-80 NASCIDO DIA 20/11/1992, FILIAÇÃO: OSVALDO FERREIRA NETO e MARIA JOSE DOS SANTOS, RESIDENTE no SÍTIO BREJINHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE.** INQUIRIDO PELA AUTORIDADE DECLAROU: QUE no dia 10 de junho de 2019, por volta das 17h estava pilotando a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD, DE PLACA OVZ 6654, DE COR VERMELHA, DE ANO 2014, MODELO 2014, CHASSI 9C2KDO54QER047091, RENAVAM 0101001487-8 registrada em nome de VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA em destino a vila do Pará, distrito da cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, por uma estrada vicinal, quando na localidade do SÍTIO PINHOES, zona rural desta cidade, ao perder o controle em uma curva colidiu numa árvore vindo a cair. QUE deste acidente sofreu deslocamento do braço esquerdo e fraturou o osso do rosto, conhecido por "Osso Zigomático". Que foi socorrido pela ambulância desta cidade para o hospital de Trauma de Campina grande-PB. QUE ficou internado por alguns dias e realizou uma cirurgia. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Barra de São Miguel, Quinta-feira, 13 de FEVEREIRO de 2020

Rônen Santos do Ó
RÔNEN SANTOS DO Ó

Daniel Accioly
Comissário

Mat. 168.318-7

COMISSARIO DE POLÍCIA

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rômulo Santos de C 6 - CPF: 707.210.224-80

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Setor Brasília 9 - Número: SIN 10 - Complemento:

11 - Bairro: Casa rural 12 - Cidade: Bom de São Miguel 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58488-000

15 - E-mail: mirandaconsultoriaeconomiagmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 9 9831-8821

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 1838 CONTA: 0018385 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL-PB.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.228.592/0001 - 10

DECLARAÇÃO

Venho através deste documento, enquanto responsável pela pasta da saúde do município de Barra de São Miguel, declarar que no dia 10 de Junho de 2019 foi realizado um atendimento na Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa, por volta das 18h30min, para o paciente Ronen Santos do Ó, data de nascimento 20/11/1992, CPF: 707.210.224-80, RG 3835548 SSDS/PB, filho de Maria José dos Santos e Osvaldo Ferreira Neto, vítima de acidente de moto, na estrada vicinal que dá acesso à Vila do Pará, distrito do município de Santa Cruz do Capibaribe - PE. O mesmo dirigia-se, em uma motocicleta, saindo da cidade de Barra de São Miguel - PB, em direção à Vila do Pará, onde acidentou-se ao manobrar numa curva que dá acesso ao destino. A vítima sofreu fraturas no braço, seios da face e escoriações pelo corpo, ocasionado pelo acidente, com gravidade crítica, e sendo socorrido pela Ambulância local e direcionada à Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa. O mesmo recebeu os primeiros atendimentos pela equipe de enfermagem que estava de plantão na Unidade, que após fazer avaliação, encaminhou a vítima para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande-PB, para realizar avaliação e exames mais complexos, no referido dia ao dia 12/06/2019, e retornando para procedimento cirúrgico dia 25/06/2019 e tendo alta no dia 28/06/2019.

Dados do veículo
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESD
Ano: 2014
Cor: Vermelha
Placa: OVZ6654
Chassi: 9C2KD0540ER047091

Como atual gestora da Secretaria de Saúde, venho através deste informativo realizar comunicação desta ocorrência.

Barra de São Miguel-PB, 13 de Fevereiro de 2020.

Suênia Beserra Costa
Suênia Beserra Costa
Secretária Municipal de Saúde
Barra de São Miguel - Paraíba
Suênia Beserra Costa
Secretária de Saúde
Portaria 0003/2017
Prefeitura Municipal de Barra de São Miguel

Rua. Thomaz de Aquino s/n, Centro, CEP: 58483-000 Barra de São Miguel - PB.
Fone: (83) 3358-1038/ (83) 87871159 Email: secretariadesaude@ymail.com



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONEN SANTOS DO O

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 000000018385-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0403202005000000000023701898000000018385135000 PAGO



EDIVANIA SEVERINA DA SILVA
SIT BREJINHO, S/N - AREA RURAL
BARRA DE SAO MIGUEL / PB CEP: 58423000 (AG. 109)



Ligação: MONOFASICO
Clas/Sec: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotam: 9 - 111 - 350 - B55 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00008618820 Emissão: 14/01/2020

ENERGISA PARAIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-229, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-830
CNPJ 09.085.153/0001-40 - Insc Est 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 037.269.472
Cód. para Dsb. Automático: 00000179185

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2020	14/01/2020	12/02/2020	047.787.934-86 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): **5/1667918-5**

Canal de contato

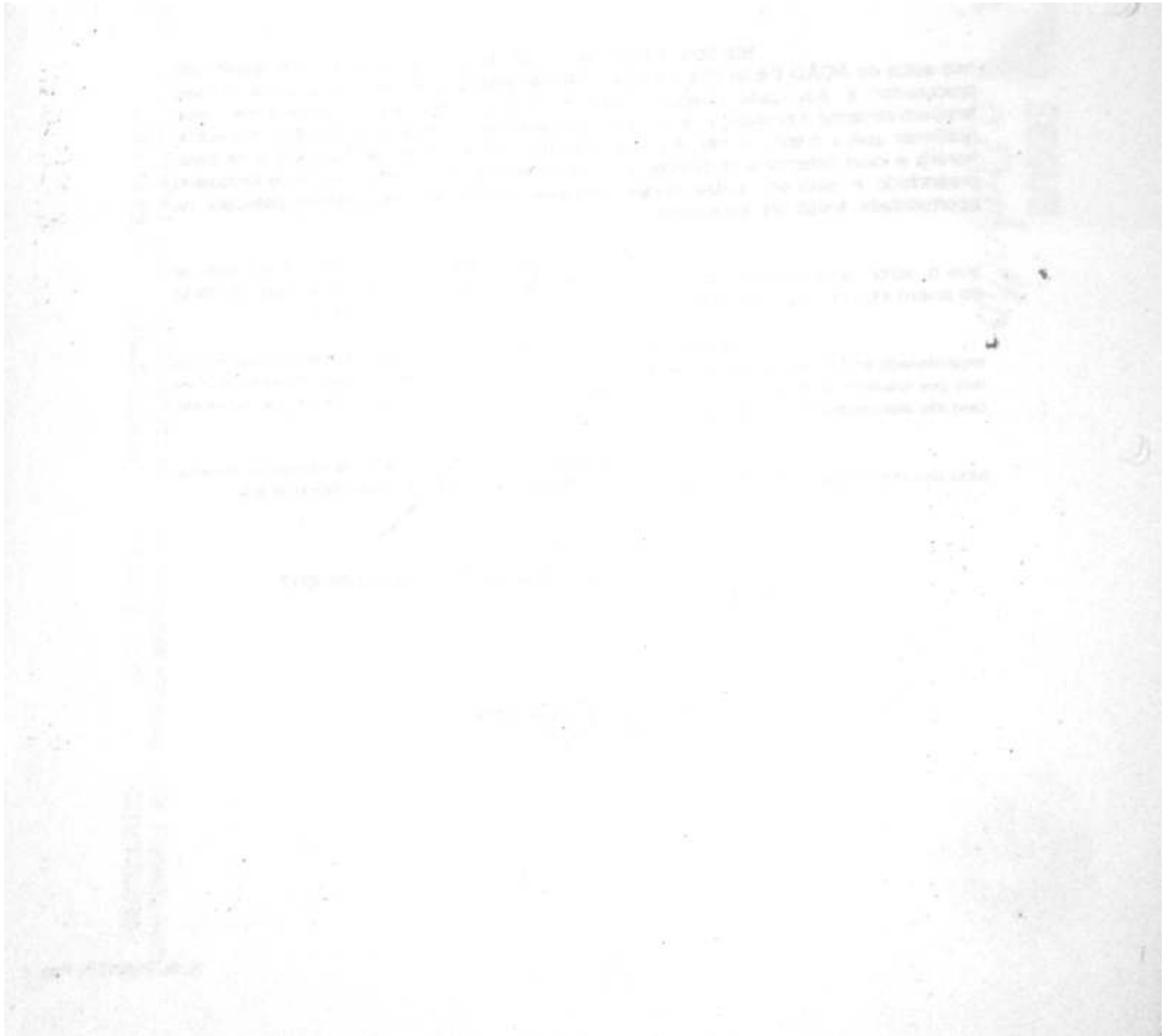
Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso: podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/12/18	8716	14/01/20	8900		0	32

Demonstrativo

Cód	Descrição	Quantidade	Tarifa/c	Valor Base Calc		Alq. 10m3 (R\$)	Base Calc Ps. (R\$)	Defrnc (R\$)	Defrnc (%)	
				Tratad	Total (R\$)					CMR (R\$)
0801	Consumo em kWh	190.000	0.903160	153,74	153,74	27	41,51	153,74	1,53	7,07
0801	Adic. B. Amarela			3,78	3,78	27	1,02	3,78	0,04	0,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUICAO PUBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00







**GOVERNO
DA PARAIBA**



**SEGUE
o trabalho**

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Diogo Araújo
CRM/PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.



Dr. Diego Araújo
CRM-PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM-PB: 6436

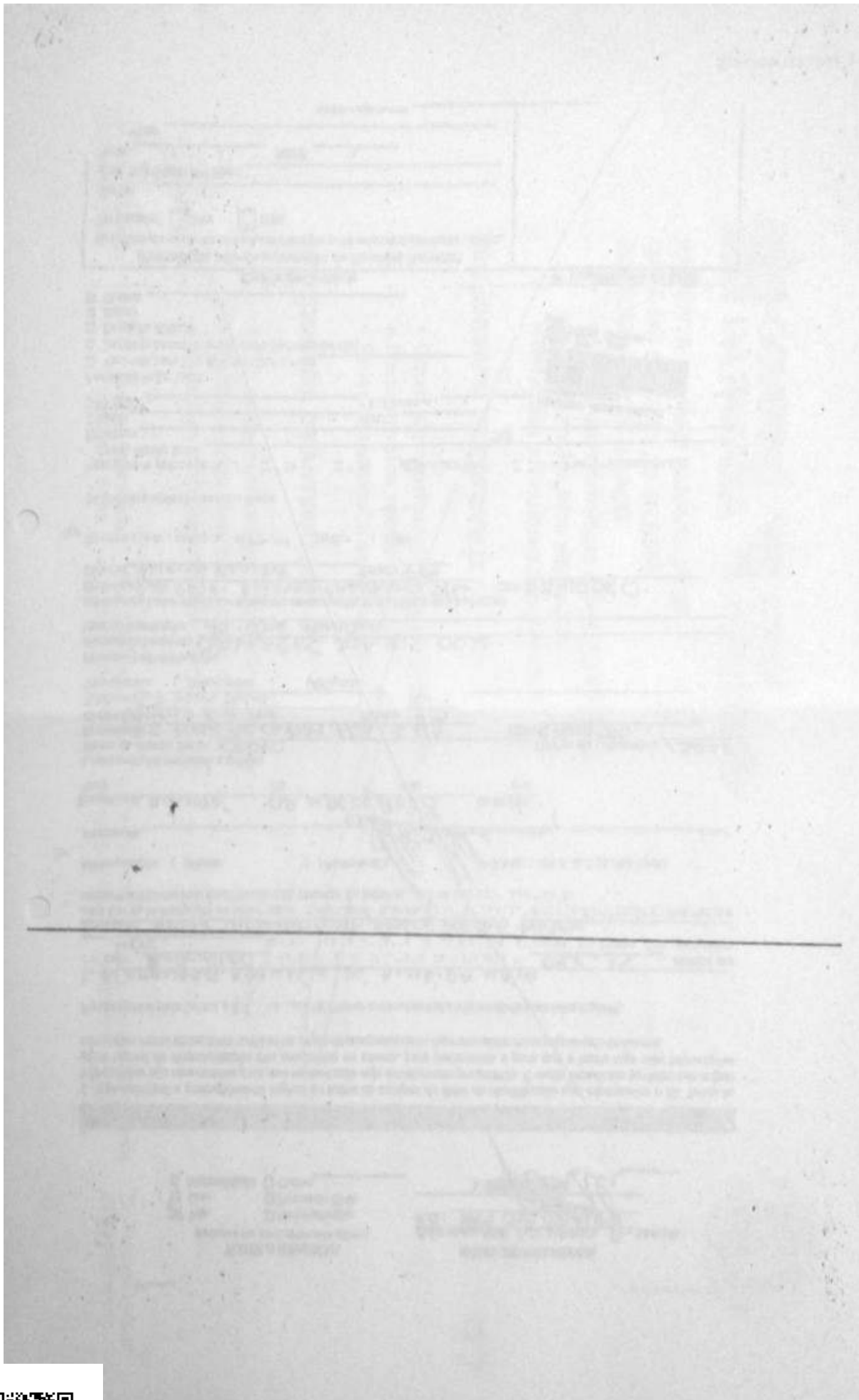
Dra. Marcela Farias
CRM-PB: 6650

Dr. Rafael Borges
CRM-PB: 6465

Dr. Ramonê Miranda
CRM-PB: 6220

Dr. Roberto Maia
CRM-PB: 6101





PACIENTE: RONAN SANTOS DO O

DATA DO EXAME: 10.06.2019

RADIOGRAFIA DE BRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.


Dr. Diogo Araújo
CRM/PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

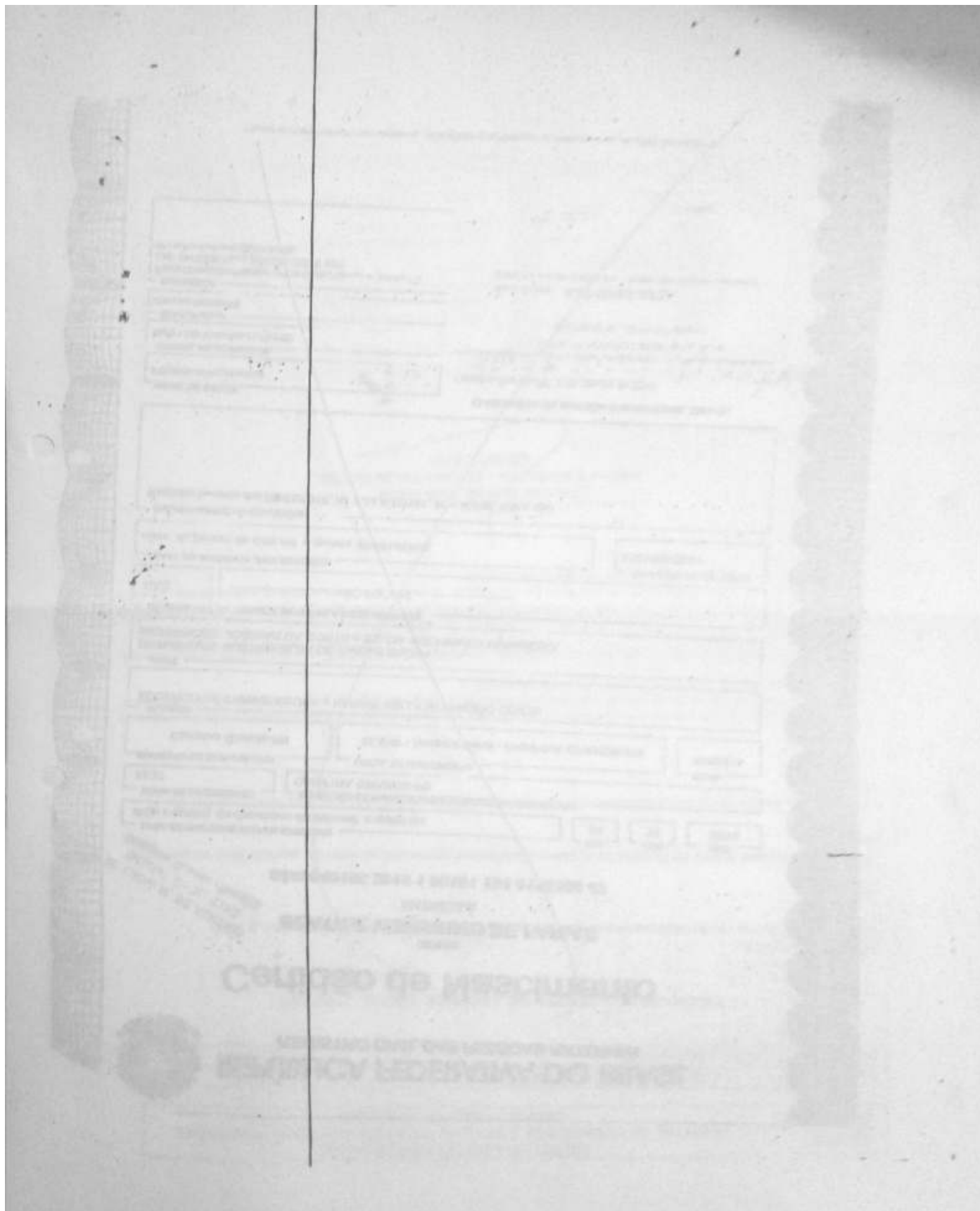
Dra. Marcelle Farias
CRM/PB 6550

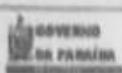
Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101







SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	RONAN SANTOS DO Ó
DATA DO EXAME:	10/06/2019

ULTRASSONOGRAMA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Sallentamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista - Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101





10/06/2019



HOSPITAL DE ESPECIALIDADE E TRATAMENTO LUIZ GONZAGA PERMANDES (CNPJ 08.778.206/0038-52)
Av. Mel. Fernando Pessoa, 4790 - Maracá, Campina Grande - PB, CEP: 56433-809
Data: 10/06/2019

Paciente: ROMAN SANTOS DO O Idade: 02 N° ATENDE: 1917784

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 10/06/2019 HORA: 21:24:32

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTOCICLETA

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
DEF. MOTORA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: REGULAR
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DRENAGEM DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISTENSIÃO () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () PLEURITIS () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPICISTALGIA () CONSTRIÇÃO () MILENA () SIBLOS () TOSSE

Escala de Intensiidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

sem dor

média dor

alta dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERBETE DO

HTCC-Formulário Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS					
HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE

ASSINATURA
ENFERMEIRO/COREN

DHS:

ENFERMEIRO COREN
Eveline De Fátima Costa Neves Barbosa

BNF OL: 50

Paciente relatando acidente tipo hemorragia
motociclista. Ferimento de abdômen.

EF: hemorragia penetrante de 2

Costa um polímero de sutura
pontada em região lateral D
Avaliação e tratamento de ferimento
na região.

Hemograma contendo um leucócito 5 x 10⁹.

TC: fratura da 7ª vértebra
CD: contusão + distensão
do peritônio na região do
abdômen.

Dr. Fernando Henrique Henriques
Cirurgião Geral
Burocracia
Presidente - CRO PB 7127

10.1.1.140projeto/inf/gerenciador.php?codigo=1917784&dataatual=2019-06-10&horario=21:24:32



14/05/2019

EXAME SEGURO - PARECER MÉDICO

cirurgia geral # 23:00h
Paciente readmitido após retorno
do centro de imagem. Pedufofria
de febre, pulso sem alterações.
Pst negativo + abdome macio
ao exame. O: Apta da cirurgia
geral.

Dr. Franklin Melo
Médico Residente
Cirurgia Geral
HUAC - CRM-PB 11358

Alc # - 10/06/19 - 17h
+ 11 - 17h
glaucoma, pna, glaucoma
e d. - 07.12.17 - 17h

DESTINO DO PACIENTE
1 - Alta hospitalar / 2 - Alta médica
3 - Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL
4 - Óbito

Exame clínico
Exame físico
Exame de imagem
Exame de laboratório
Exame de imagem
Exame de laboratório

HIT-G-Panel Administrativo

ortopedia
Act e Trauma
condição e.

Act. de 17h em 17h
de 17h em 17h
e 17h em 17h

Ortopedia - 23:40h
Rx de cotovelo @ sem sinais de fratura / luxação
trauma físico sem alterações.
Paciente mobilizada + dipnoria. Ortopedia
mobilização. Act de Ortopedia

Dr. José Carlos
CRM-PB 1825

SERVIÇOS REALIZADOS:
11/06/19
CODIGO PROCEDIMENTO
11/06/19
Ortopedia com imobilização
e 11/06/19

Dr. Marcos G. Pascoal
CRM-PB 28034



HTCG-Painrel Administrative

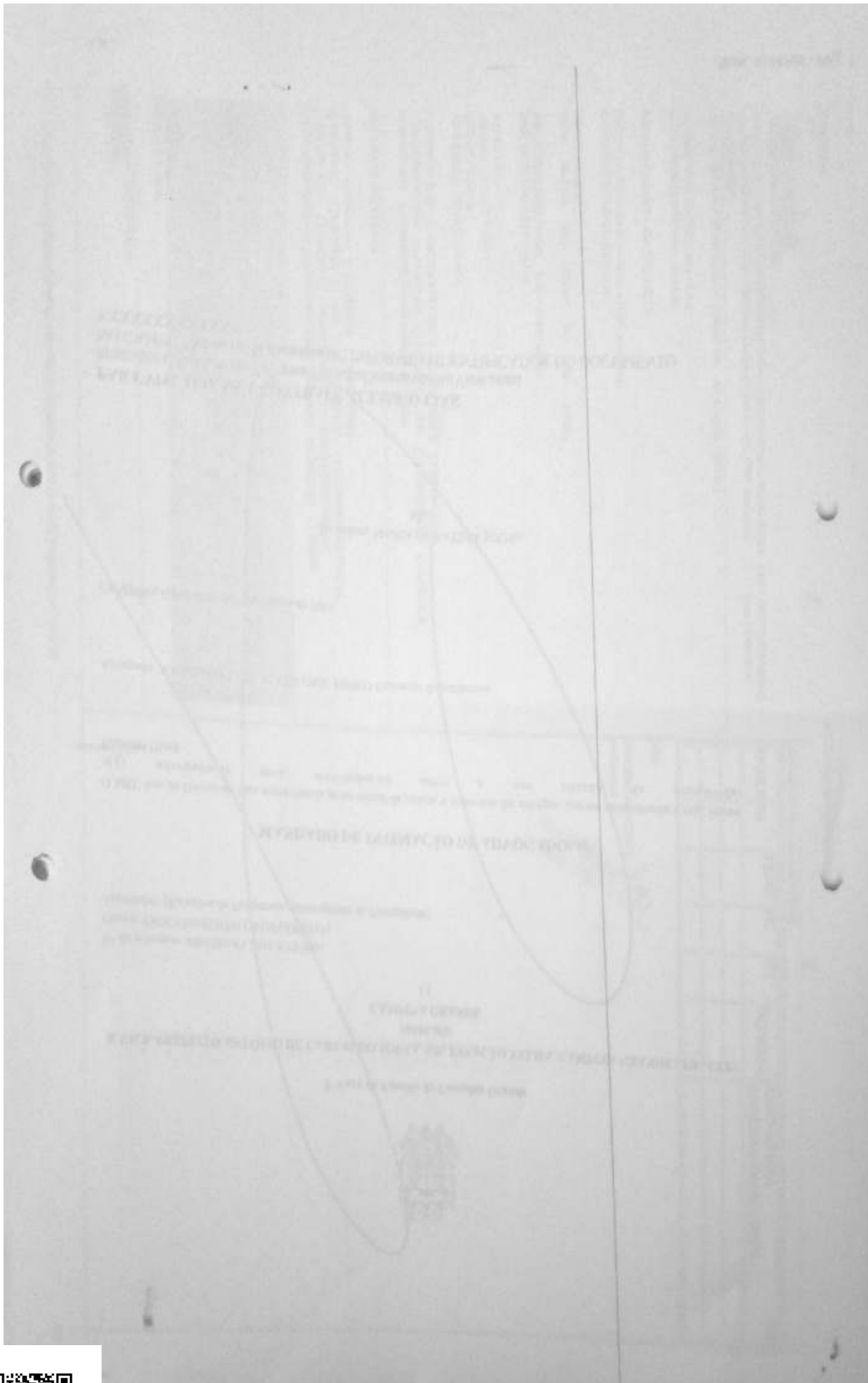
EXAMEN SECUNDARIO / PARECER MÉDICO

[illegible]

10.1.1. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3113.2013.05382.x>; published online 2013-09-18. DOI: 10.1111/j.1365-3113.2013.05382.x

243





**GOVERNO
DA PARALISA**

Date: 25/06/2019
 MONTE SANTOS DO O Idade: 826 N° ATEND: 1926861

ESPECIALIDADE: BUCCO MAXILO

SIGNALS VITALS

HGT:	SAT QZ:	PAL	TEMP:	FC:	PHI	PISO:
------	---------	-----	-------	-----	-----	-------

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS;
MEDICAÇÃO EM USO;
ESTADO GERAL;
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

(1) CONVULSÃO (1) INCONSCIENTE (1) CONSCIENTE (1) ORIENTADO
(1) DESORIENTADO (1) AGITADO (1) COOPERATIVO (1) DEPRESSIVO (1) APÁTICO
(1) HERITADO (1) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS RELACIONADOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PULSO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSSE

escala de intensidade da Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor máxima dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

HTCG-Painol Administrative

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

[illegible]

Cons:

ENTENHIROCOREN
neollumino

OCOREN
Inacia
Enfermagem

10.1.14http://img.ingenta.com/secure/19208618/dated=2019-06-25&noembed=14.24.28

38



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533>

Número do documento: 21090112112124300000045554533

Num. 47980647 - Pág. 25

Q1111111111 25/06/2019 às 15:28h.

Reunite v^{os}tre equipe de acadêmicos autodesenvolvidos h^á 15 dias apresentando proficiência de nível universitário em inglês.

Parante afunde imbecilmente visul cu O a duploze
niste mormone albe in apasii marel.

4. ΔV_C S/C 00 20/25 OE 20/20

+ Vindes pinnvaden

B30 00 HSC 360°, cones transparent, conf. sem RCU
cristalino transparente

4. Pb, CO, NO₂, etc., via mouth from external

2-CP: Aguardo a da BMF

Avances de la meteorología en la ciudad de Cuzco

Don. Carolina Margara M. Sarmiento
 1900-1901
 1902-1903

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ h

(Centro cirúrgico _____
(Alta hospitalar / (A revelia _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____

Ass. do paciente ou responsável quando necessário

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

10ADE




27/08/2019

HTCG-Painel Administrativo

NÃO FOI ALCANÇADA A ADAPTAÇÃO DESEJADA, SENDO SUBSTITUÍDA PELA PLACA PRESENTE DA DESCRIÇÃO.

Data 27/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira


Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgia e Traumatologia
Especialista em
RESIDENTE - CROPB 6618

1/2

rojelohctg/impredescr.php?ID=2312&contar=1928915

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533>

Número do documento: 21090112112124300000045554533

Num. 47980647 - Pág. 27

27/06/2019

HTCCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Natalina, Campina Grande - PB
CNPJ: 08.778.208/0001-52
Data: 27/06/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



UNIMED CAMPINA GRANDE

Número do Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 CH: AMARELA / Enf: 10 / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICA (D)

Diagnostico Pós-Operatório: (C) HCSHO

Cirurgia: REDUCAO + FIXACAO

Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

urgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO
6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D
9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2,0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR
15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
16 - SUTURA COM VYCRIL 3.0
17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS

10.1.1.148/projetohicg/impredescri.php?ID=2312&contar=1928915



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533>

Número do documento: 21090112112124300000045554533

27/06/2019

HTCG-Prótopi Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.178.268/0018-52

Av. Mãe Fortiana Pereira, 4.700 - Marvins, Campina Grande - PB

Data: 27/06/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 Clin: AMARELA / Enf: 10 / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICO ☒

Diagnostico Pós-Operatório: ☐ HESHO

Cirurgia: REDUCAO + FIXACAO

Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

urgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesiista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE

3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR

5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO

6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR

7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS

8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D

9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2.0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR

15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%

16 - SUTURA COM VYCRIL 3.0

17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

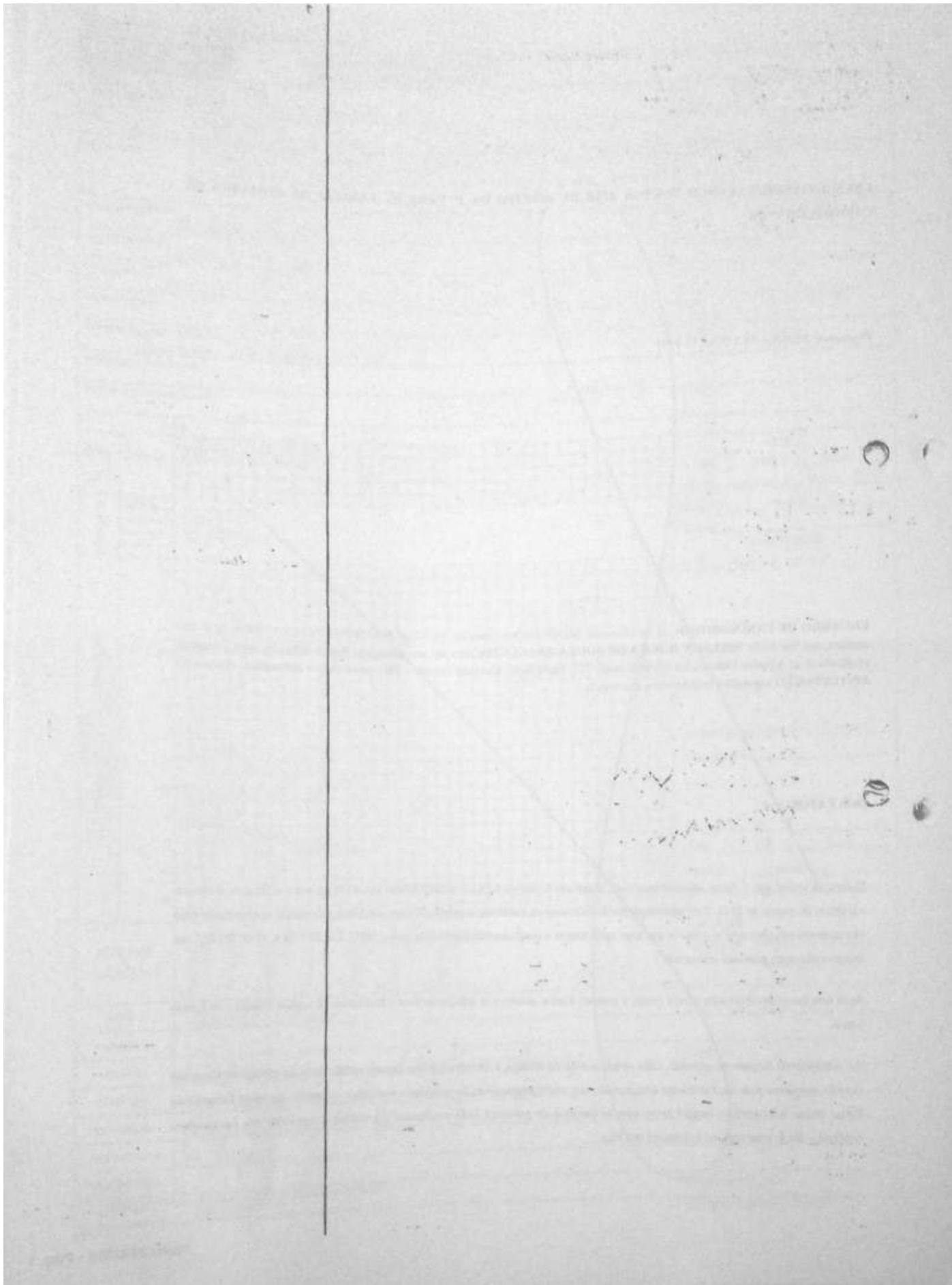
TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS

10.1.1.148/projetocirurgia/impredecri.php?ID=2312&contar=1928915





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES					DATA	END	HR
FOLHA DE ANESTESIA					26	H	
DOE	PROBLEMA ANESTÉSICO	PA DO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESSO	AL FURA	
24/06/21	112x73	100					
TPC BANGULADO	MEMBRAS	EXATIDÃO	MANUTENÇÃO	DEBILIDADE	LINEA	OUTROS	
	4,9	15,0					
AP RESPIRATORIO					ALUR	BRONCITE	
AP CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO					AL LINGUAL		
ESTADO MENTAL					ALUR	HIPOTENSÃO	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO					ALUR	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICACAO PRE-ANESTESICA					APLICADA	AS	EFITO
100							
AO	SEVC				REDUÇÃO		
AL					Satisf: <input checked="" type="checkbox"/> Excl: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>		
LÍQUIDOS					Laringo: <input type="checkbox"/> espanto: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>		
					Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
					Outros: <input type="checkbox"/>		
					MANUTENÇÃO		
					1. Sufopane 2,5%		
					ANESTESIA SATISF: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
					Não, por quê? <input type="text"/>		
					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: <input type="text"/>		
					Obstr: <input type="text"/> Co: <input type="text"/> Excl: <input type="checkbox"/>		
					Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		
					Outros: <input type="checkbox"/>		
					Com cânula: <input type="checkbox"/>		
					Para o Leito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
					CONDIÇÕES:		
CÓRGO							
VP ANTENAL O PULSO O - RESPIRAÇÃO							
AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA					CÂNULAS		
OPERAÇÃO							
CIRURGIOS							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA		
MOD 965					FOLHA DE ANESTESIA - SRPB		



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		Nome: <i>Ramon Santos do O</i>		Data: <i>20.11.92</i>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
<i>—</i>	<i>Sala</i>	<i>305</i>	<i>26 anos</i>	<i>1928861</i>	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<i>Tratamento cirúrgico</i>		<i>Dr. Alvaro + Dr. Ralva + Dr. Rinaldo</i>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<i>oral</i>		<i>Dr. Dugo</i>			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<i>Hozana</i>	<i>27-06-99</i>	<i>08:30</i>	<i>10:00</i>		
MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia		Qtd. FIOS	
Adrenalina amp.		Catel. pl. Oxi.		Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
Fantanil ml		Dreno Penrose n°		Cera pl. osso	
<i>01 Inve ml propofol</i>		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Mercalina 1/2 ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Nubehin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
<i>Penicilina amp. natural</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
Protigmine amp.		Esparrapado Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
Protóxido 1m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
<i>01 Quetien ml midazolam</i>		Gase Pacote cl. 10 unidades		Fio cardiaca	
Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon	
Thionembuta ml		Intracath Adulto		Mononylon	
Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<i>01</i>	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix 3-0	
<i>01</i>	<i>Flavoxel amp. rifampicina</i>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flavoxel amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Flavoxel amp.	Luvas 8.5			
	Geramicina amp.	Oxigênio l/m			
	Glicose amp.	Poliflix			
	Glucon de Cálcio amp.	PVPI Degemante ml			
	Haemacel ml	PVPI Tópico ml		Qtd. SOROS	
	Heparina ml	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	<i>03 Saco coletor pl. lavo</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Laxa amp.	<i>04</i>		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrolinazol.	<i>01</i>		SG Ringr fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>03</i>		SG fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>		<i>(Bem MED)</i>	
	Revivan amp.	Sonda		Qtd. ORTESE E PRÓTESE	
	Stuplanc amp.	Sonda Foley		<i>01 placa 1 pente 2 furos aus.</i>	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		<i>(costas 1 furo)</i>	
<i>01</i>	<i>Soro rano</i>	Sonda Uretral n°		<i>05 parafusos auto resistentes</i>	
		Sterydrem ml		<i>01 placa 1 pente 4 furos</i>	
		Tornerinha		<i>placa 1 pente 4 furos</i>	
		Vaselina ml		<i>placa 1 pente 4 furos</i>	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon 18		EQUIPAMENTOS	
<i>02</i>	Aguilha desc. 40/2	Lateax		<i>01 oxímetro de pulso</i>	
	Aguilha desc. 28 x 28	<i>05</i>		<i>(foco auxiliar)</i>	
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>01</i>		<i>(eletrocautério)</i>	
	Aguilha pl. raque n°	<i>01</i>		<i>(oxicapiógrafo)</i>	
<i>05</i>	Alcool de Enfermagem 70%	<i>01</i>		<i>(cardiomonitor)</i>	
	Alcool iodado ml	<i>01</i>		<i>(perfurador elétrico)</i>	
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Francicleide Garcia S. Cândido
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 001227.391

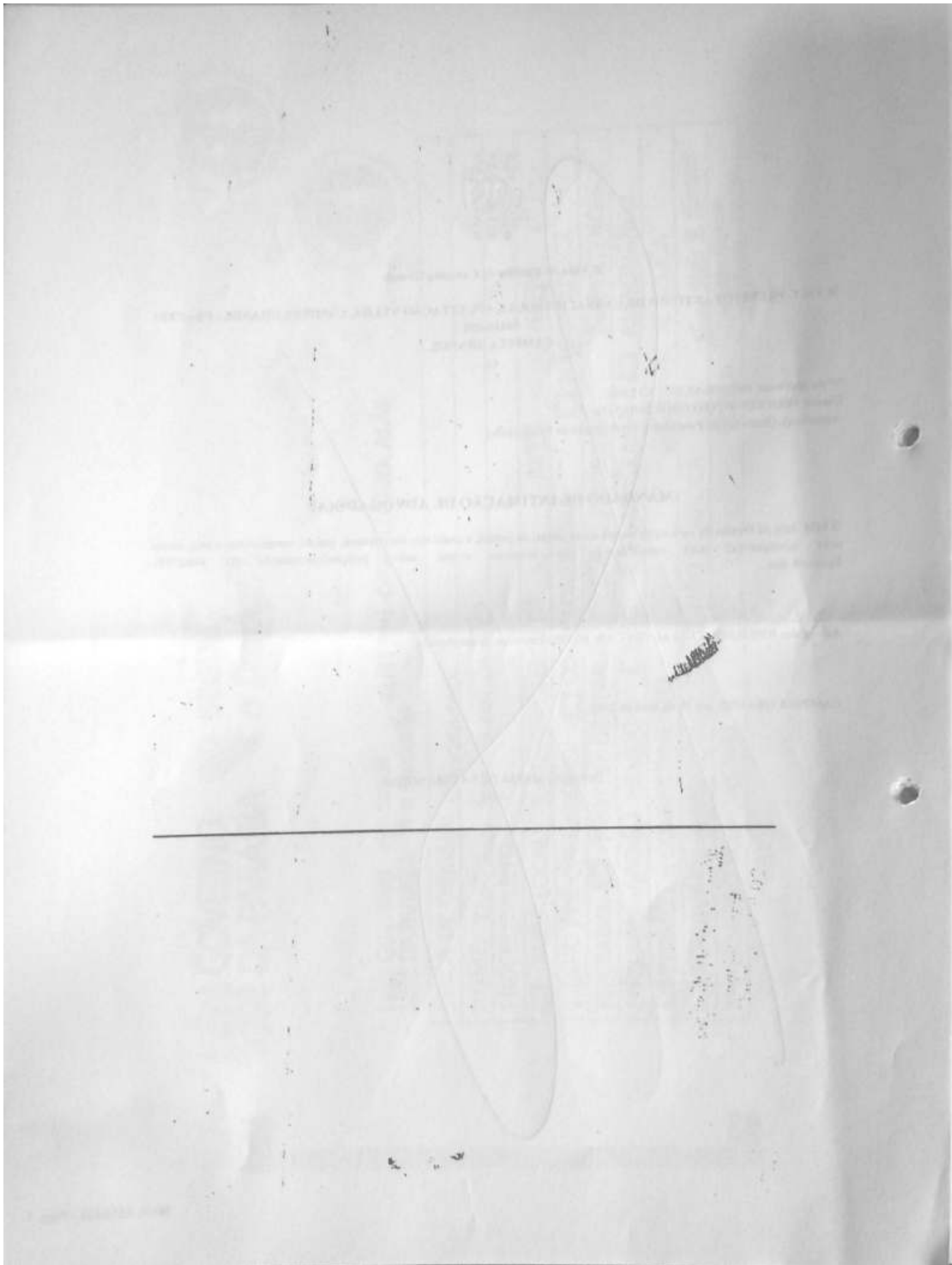
MDO 006



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533

Número do documento: 21090112112124300000045554533



GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE o trabalho**

GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE o trabalho** **KLIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALIAS**



SETOR DE ORIGEM:	Pneumologia		
NOME:	Tarcia Soares dos O		
PROCEDIMENTO:			
<input type="checkbox"/> AVP: LOCAL:	USP	GELCO Nº:	20
		AV	<input checked="" type="checkbox"/> JEM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	
RETIRADO:	<input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input checked="" type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
			<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO			
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <u>Mariana Maria M. Henriques</u> ENFERMEIRA COREN-PB- 346.064		

Data da Intermediação: 25/06/2019 Hora: 14:48:33

[illegible]

0 2	out 1 mtd 280 count P 1000g	10
0 2	2 1/2 hrs 2000g 2000g	20
0 2	out 280 count 4 hrs 1000g	✓
0 2	out 280 count 4 hrs 1000g	✓

2840 1/2



BEMMED

ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0201

PACIENTE:

Regina Santos de O

PRONTUÁRIO:

1928867

HOSPITAL:

de Emergência e Trauma

INSTRUMENTADOR:

Regina

MÉDICO:

DR. Albede + DR. Rigamonte + DR. Ribeiro

CONVÊNIO:

Extra - DUD

Data da Cirurgia:

27

/ 06

/ 2019

Circulante:

1102 E

Procedimento:

Redução + fixação de fratura da Zígaromatica - Durela

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
01	Placa L. para 9 Furos ABS. para 15mm	2.0
05	Parafusos autoperforantes 15x6	2.0
1	Placa L. para 4 Furos ABS. For modelado, dobrada e utilizada para fixação	2.0
	Dr. Alfredo Lucius Neto CRM 180.100.000 RUCOM 3631 CRO-PB 3631	

Verificado por:

Visto:

Data 27/06/2019

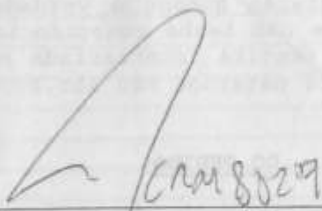
Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500

Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica		
Paciente: <i>Renato Souza do O</i>	Idade: <i>26</i>	
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>27/06</i>	
Procedimento: <i>Tratamento cirúrgico redução + fix de fratura 3.ª costela</i>		
Cirurgião: <i>Dr. Felipe</i>	Auxiliar:	Anestesista: <i>Dr. Diego</i>
Início: <i>08:30</i>	Término: <i>10:00</i>	Anestesia: <i>Gua 2</i>

[illegible][illegible]

Observações:

10:30 #5100#
Paciente acordado, SpO2 95% com cateter nasal
CP. Hemodinâmica estável. ECG normal.
10:30 Reprogramada a sonda laríngea peritonsilar.

Assinatura Anestesista: _____

Relatório de Operação: _____

Circulante: _____

1000



SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

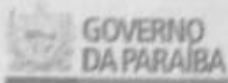
SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL

SECRETARIA DE DEFESA
MINISTERIO DA DEFESA
BRASIL





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
Dt(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 8886473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55

MATERIAL: sangue

Receptor: Citrato

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTHROMBINA

DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55

TEMPO DE PROTHROMBINA 13.2 segundos

ATIVIDADE DE PROTHROMBINA 93.4 %

INR 1.06

12 a 18 seg

100 a 180% de atividade de protrombina

VALOR DE REFERENCIA:

Em plasma

normal: 11.0 a 13.0

Em pacientes que fazem uso de
anticoagulantes orais 2.0 a 3.0

Resultados anteriores:

Plasma Controle 12.5

MATERIAL: PLASMA CITRATADO

Receptor: COAGULOMETRICO

TEMPO DE COAGULACAO 7'00''

DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55

MATERIAL: Sangue

Receptor: Lio-Whist

Valores de Referência:
DE 1 A 10 MINUTOS

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55

Resultado 24.3 segundos

Resultados anteriores:

MATERIAL: PLASMA CITRATADO

Receptor: COAGULOMETRICO

25.0 a 35.0 segundos

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: RNSF-8768-SFER-0936-1744-8509-1381-1074



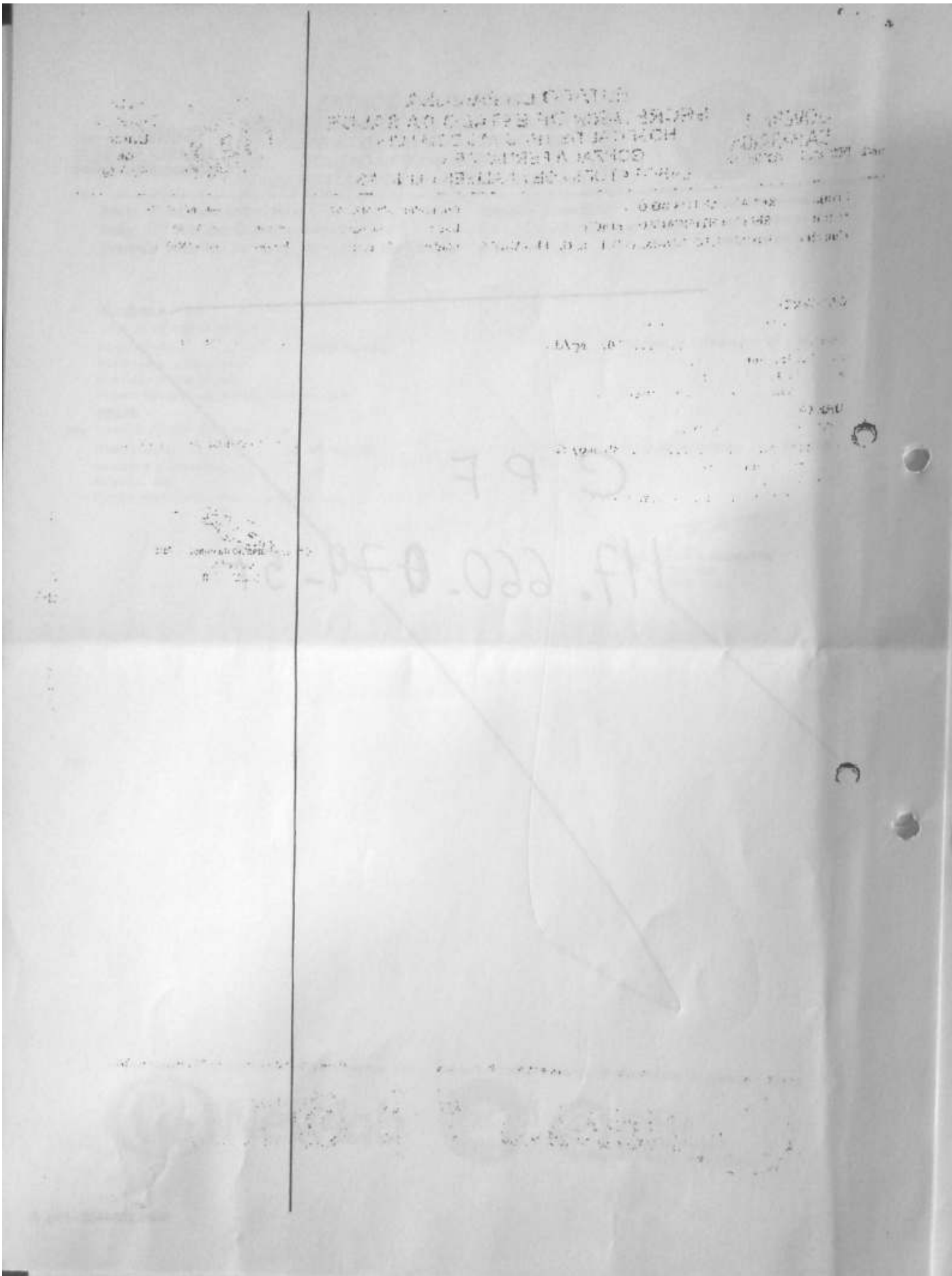
PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533>

Número do documento: 21090112112124300000045554533





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): RENAN SANTOS DO O
Dir(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado..... 103 mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: ELASMO DO BORO

Método: Automatizado WINKER, METROLAB 2300

VALORES DE REFERENCIA: 70 a 99 mg/dL

URÉIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]


Resultado..... 35 mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: BORO

Método: AUTOMATIZADO WINKER, METROLAB 2300

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL

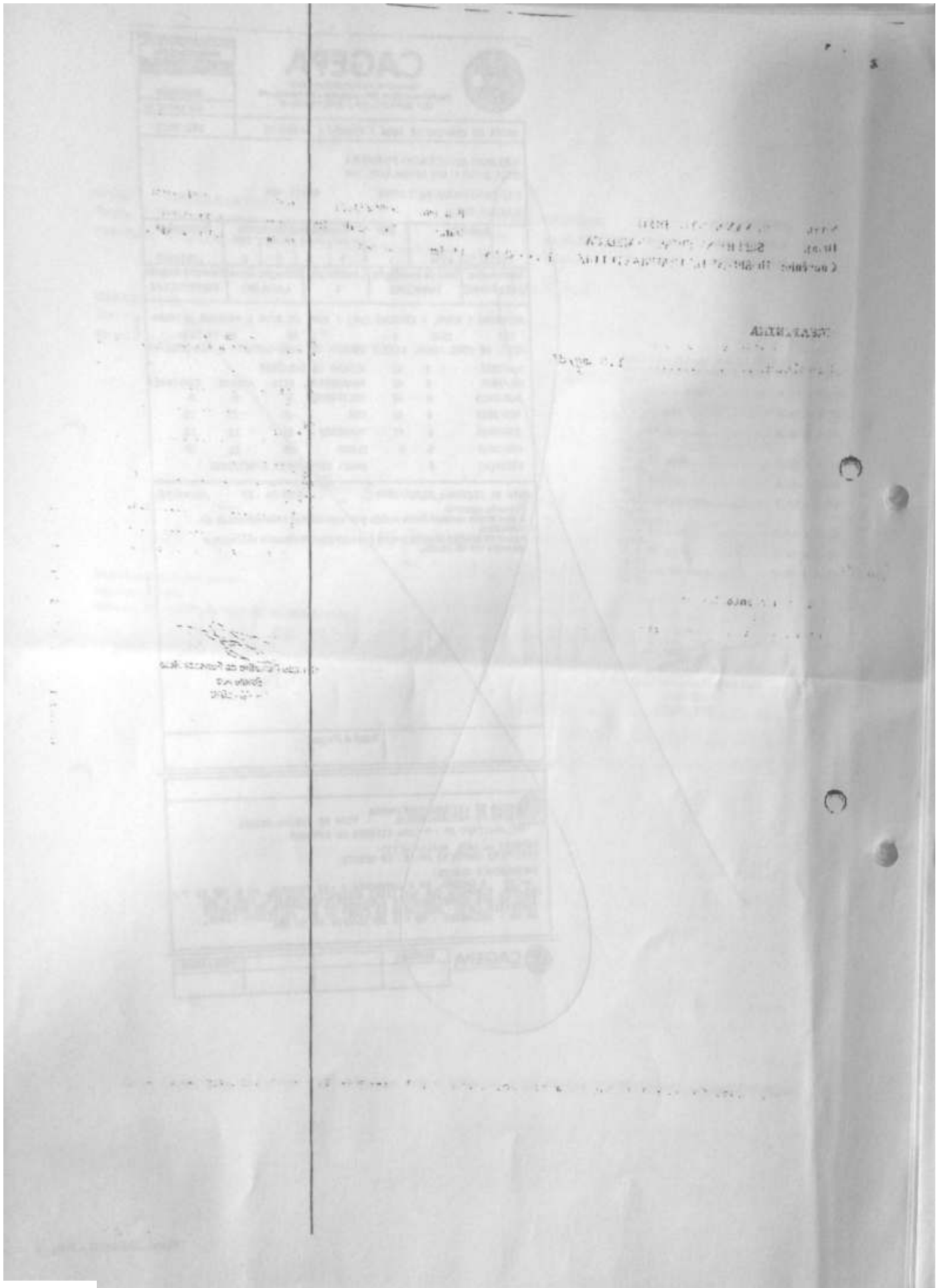

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDRF-6170-5009-60DC-4D22-6A1F-D2A0



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade





Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 8088473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

CREATININA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado 1,0 mg/dL

Homens/mulheres até 17 anos.
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00
mg/dL
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40
mg/dL
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70
mg/dL
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00
mg/dL
Homens:
18 a 60 anos: 0,90 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,70
mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos: 0,40 a 1,10
mg/dL
61 a 90 anos: 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos: 0,60 a 1,30
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

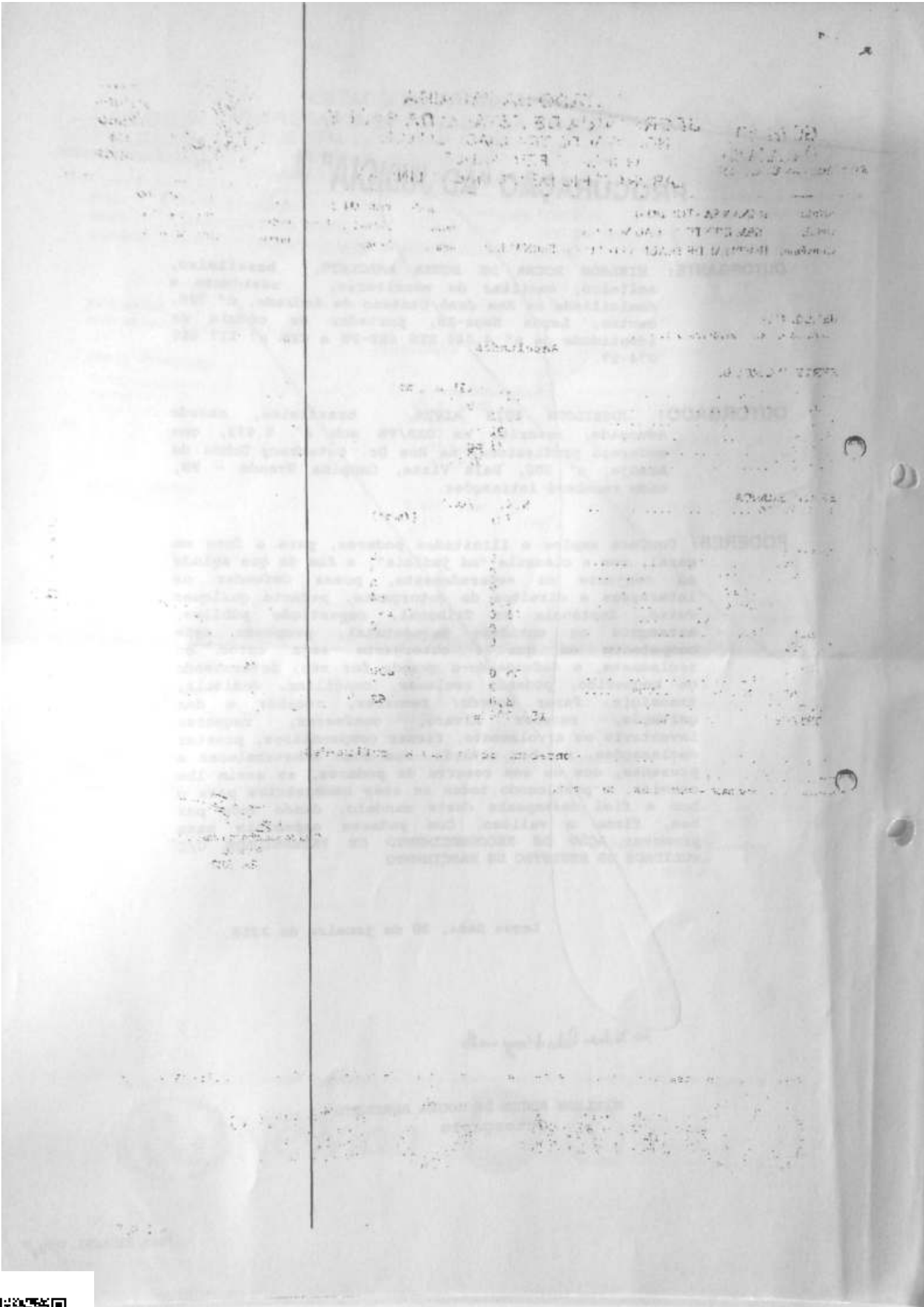
Método: Automatizado WIEHER, METROLAS 2300


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CREM - 5010

Exatidão : 26/06/2019 13:04 - Página 2 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDBF-6170-5009-6DDC-4D22-6A1F-D2A0





Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó

Protocolo: 0000473492

RG: NÃO INFORMADO

Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA

Data: 26-06-2019 11:55

Origem: AREA AMARELA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Idade: 26 anos

Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:54]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4,9 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,0 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	92 fL	82,0 a 102,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.400 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	54
Segmentados.....	61,0	3.294
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	35,0	1.890
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	162
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	158.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

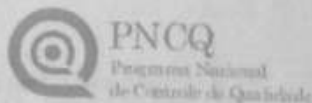
OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D53F-F61D-C8CD-8E34-D176-A05b-B92E-65D0



Imprimir : 26/06/2019 12:01 - Página 3 de 4



26.06.14 2014.

P.A = 100860

Assinado

Item	Descrição	Valor	Porcentagem	Valor Líquido
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100





UNIDADE HOSPITALAR

3

CNPJ: 10.848.196/0001-55

Data: 26/06/2019

Hora: 08:24:01

Médico (a) Consultor: Rebeca Valenka Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 626 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA ROSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 29/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valenka Soares Pereira /

Item	Prescrição	Agrazamento
1	DIETA PASTOSA	OK
2	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h SE NECESSÁRIO	OK
3	HIGIENE ORAL	OK
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK
5	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO EM BRACO ESQUERDO	OK

/OBSERVAÇÃO

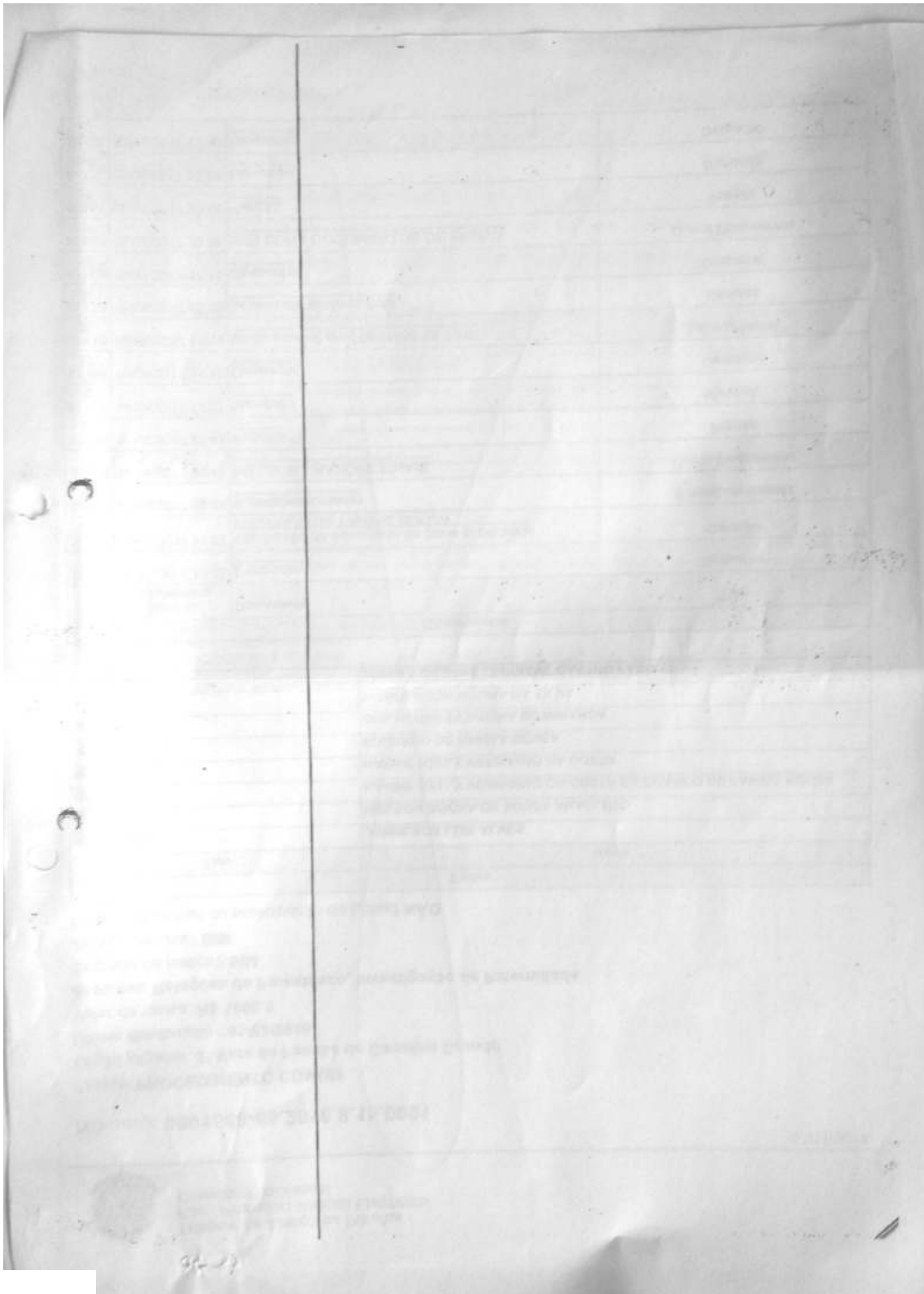
DATA: 26/06/2019 HORA: 08:22:57

#BMF 2º D.I.H

Paciente em retorno pós trauma motociclístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográficos observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagema. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

CD: - PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA BMF (CIRURGIA PROGRAMADA P/ AMANHÃ DIA 26/06)

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valenka Soares Pereira





GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 15:23:24

Médico (a) Diarista : Jose Ricardo Dos Santos Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMATICO DIREITO

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	AVA
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	
3	HIGIENE ORAL	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
5	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO EM BRACO ESQUERDO	AP5

EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 15:18:09

#BMF

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomografico observa-se fratura de osso zigomatico direito com perda de projeção, equimose infraorbitaria, hiposfagma. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

CD: - INTERNAÇÃO

- SOLICITO ECG

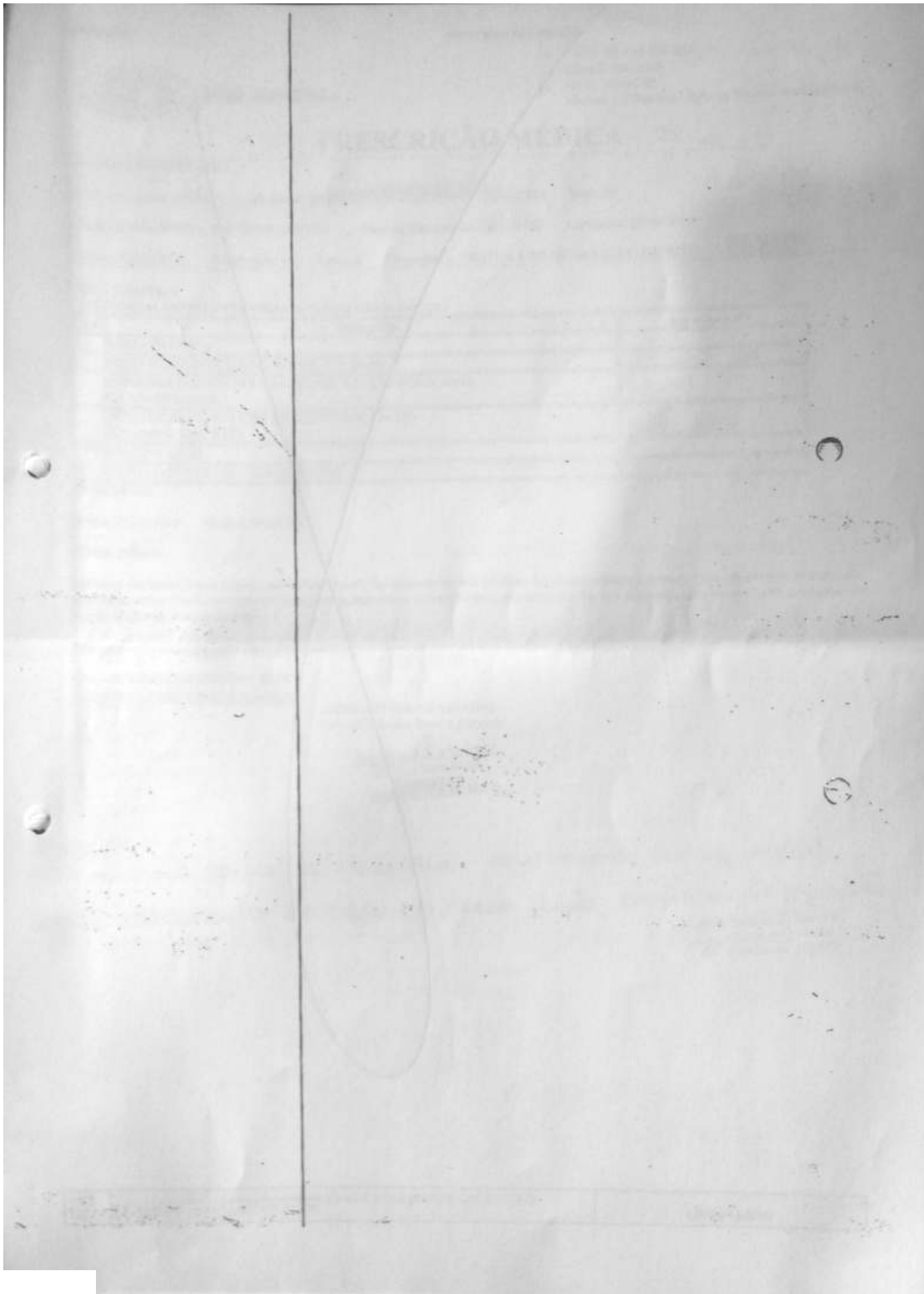
- SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIOS

- SOLICITO PARECER OFTALMOLOGISTA

- PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Jose Ricardo Dos Santos Souza





27/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/06/2019

Horas: 09:46:43

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V, 8h/8h	14 20 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	01 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 04
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 09:45:38

#BMF 3º D.L.H

Paciente em retorno pós trauma motociclístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF

- Solicito RADIOGRAFIAS

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares PereiraDra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgica e Traumatologia
Residência - CROPA 6618

27.06.19

19.20 Parte convergente e orientada, segue norm, sem queixas,
segue aos cuidados da equipe, após dois dias eliminando pontos

Isabella Sousa da C. Viroiro
Téc. de Enf. JEM
CQREN-PB 240.572

Retornar



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 07:16:04

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica: NEUROBUCA Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 1000ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h SE NECESSÁRIO	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 07:15:12

#BMF 4º D.I.H 1º D.P.O

Paciente em retorno pós trauma motociclístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROPB 6618




Medicações para Casa:- AMOXICILINA - NIMESULIDA - DAPIRONA - PERIOGARD

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

ao Ambulatório de :BMF em:10/07/2019 para revisão Repouso 15 dias

Condições de Alta::Melhorado

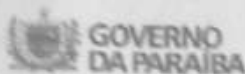

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentária
RESIDENTE - CROPB 6614

Data 28/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rebeca Valeska Soares Pereira





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 06.778.268/0008-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4708 - São José, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 28/06/2019
Botão de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Rebeca Valeska Soares Pereira

Retornar



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Data da Alta: 28/06/2019

Registro: 1928915

Tempo de Permanência: 18073

Diagnóstico Inicial: FRATURA ZIGOMÁTICO DIREITO

Diagnóstico Final: ☐ NENHUM

Cirurgia: REDUCAO E FIE

Data: 27/06/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: DIEGO

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base. Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

Orientações: REPOUSO DOMICILIAR - MEDICAÇÕES VO - COMPRESSA DE GELO PRIMEIROS 2 DIAS - TERMOTERAPIA EM SEGUIDA

Dieta: PASTOSA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112124300000045554533>

Número do documento: 21090112112124300000045554533

...
...
...
...

JOÃO GOMES AMARAL

(0) - ...

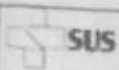
...
...



RECEBUEMUS
BLOOD



Data da internação: 25/06/2019 Hora: 14:48:33



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
RONEN SANTOS DO O

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1928915

7 - CARTÃO DO SUS
700609445963465

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/11/1992

9 - SEXO
Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 988253178

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TRES DE MAIO, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Barra de São Miguel

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP
250170 PB 58483000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em internamento por quadro motor clínico de aprox. 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de encaixe zigomático direito. Refr. de dupla (colima?) sem restrição paulomotora.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico etc

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
frat. de zigomático (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução + FIE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
BME 02

28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE
707403028960271

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASISTENTE
JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
25/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COG. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO () CNES () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Rômulo Santos de C.

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 04/03/2010

3.835.548
RÔMULO SANTOS DO 6

DEVALDO FERREIRA NETO
MÁRIA JOSÉ DOS SANTOS

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 20/11/1992

WASC.H.3382 TPLS.212 LIV.A-04
CAPTORIO BARRA DE S.MIGUEL-PB

LEI Nº 118 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

707.210.224-80

Nome

RONEN SANTOS DO O

Nascimento

20/11/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

5062.9215.CD19.F593

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:48 do dia 06/12/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. REN. PRT 20190100085575-1
1 0101001487-B 00/000000000 2019

VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA M CUNHA

02293082440
OVZ6654/PB
OVZ6654 SP 9C2KDD0540ER047091

PAS/MOTOCICLE/NAO ABILIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ESD 2014 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

1 IEVA PAGO EM 05/07/2019 1º

V A ***** 0 2º 3º

***** SEGURO P A G O 23/09/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

NAO VALENDO PARA TRANSFERENCIA

CAMPINA GRANDE-PB 26/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA(S) TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666775257 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 02293082440 OVZ6654/PB

01010014878 HONDA/NXR150 BROS ESD

2014 9 9C2KDD0540ER047091

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** FUS (R\$) *****
***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
***** SEGURO P A G O 23/09/2019

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
***** SEGURO P A G O 23/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.608/0001-04

CONFECÇÕES G E G/SCOPUS
VALTER GUIMARAES PER
RUA CANDIDO CASTELIANO 36 A
CENTRO B. DE S. MIGUEL PB

V19.1 13/02/2020 16:15
TERM 000001 LOJA 000000494000001

AUTE 529938
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 01898 - STA. CRUZ
CAPIBARIBE
PACB :161 - CONFECÇÕES G E G

AGENCIA :01898-STA. CRUZ CAPIBARIBE
CONTA :0000000018385-7
NOME :RONEN SANTOS DO O
DATA :13/02/2020
MODALIDADE:00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE
CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 5 -
R\$ 27.00

NSU BANCO: 004233595342
HORA : 16:15:54

SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DO BANCO

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do acidente: 10/06/2019

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RONEN SANTOS DO O : 707.210.224-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Número do Sinistro: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do acidente: 10/06/2019

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200077967 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONEN SANTOS DO O **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.19/20_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOQUEIRAO/PB

Processo n.º 08017181820208150741

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RONEN SANTOS DO O**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOQUEIRAO, 30 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 12:11:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090112112262000000045554534>
Número do documento: 21090112112262000000045554534